

KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE DE LA BRONCHIOLITE DU NOURRISSON

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEURS

Didier EVENOU - Masseur-kinésithérapeute - Cadre supérieur CHU pédiatrique R. Debré

Christian FAUSSER - Masseur-kinésithérapeute Cadre de Santé – Master 2 en Sciences de l'Education, option formation de formateurs - Chargé de cours dans les Instituts de formation MK - Auteur d'ouvrages.

Philippe JOUD - Praticien en kinésithérapie respiratoire - Enseignant à l'institut technique de réadaptation de Lyon - Co-responsable de l'attestation d'étude universitaire de kinésithérapie cardio-respiratoire de Lyon 1.

1) OBJECTIFS

La compréhension et la rééducation la bronchiolite de l'enfant ont évoluées profondément et très rapidement ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour complète des savoirs et savoir-faire afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles de la biomécanique à la physiopathologie, du bilan au traitement en passant par des travaux pratique.

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

Le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :

- savoir de connaissances ;
- savoir de techniques pratiques ;
- savoir-faire opérationnel ;
- savoir relationnel.

- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)

- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique

- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

En secteur hospitalier comme en ambulatoire la kinésithérapie respiratoire a principalement comme objectif d'assurer la liberté des voies aériennes hautes et basses, chez le nourrisson comme chez l'enfant.

Les techniques de lavage et de désencombrement des voies aériennes supérieures sont particulièrement nécessaires pour le nourrisson. L'organisation des soins en ambulatoire avec les systèmes de garde permettent d'assurer la continuité des soins

A l'issue de la formation, le kinésithérapeute aura acquis des savoirs et des savoir-faire processuels et techniques, il saura :

- Approfondir les connaissances en anatomo-pathologie respiratoire chez l'enfant
- Connaître les indications de la kinésithérapie respiratoire pédiatrique principalement des bronchopathies (notamment, bronchiolite, bronchite, asthme du nourrisson) ainsi que les pneumopathies.
- Avoir une connaissance approfondie de l'auscultation pulmonaire et des signes de détresse respiratoire chez l'enfant
- Evaluer la situation clinique du nourrisson et de l'enfant, et décider de la pertinence d'une prise en charge thérapeutique ou non
- Réaliser un bilan-diagnostic kinésithérapique et poser un diagnostic, sur une base clinique
- Etre en capacité de faire le diagnostic de l'encombrement des VAS et VAI
- Etre en capacité d'autoévaluer ses pratiques professionnelles
- Maitriser les techniques de désencombrement des VAS et VAI
- Maitriser les techniques manuelles de modulation de flux et de compression dynamique des bronches (techniques expiratoires lentes, techniques expiratoires forcées) en sachant utiliser un support instrumental.
- Maitriser l'utilisation des aérosols : pourquoi, quand et comment les utiliser ?
- Mesurer l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Informer et d'éduquer la famille à des règles d'hygiène de vie et de prophylaxie en lui prodiguant des conseils
- Effectuer une évaluation continue de sa pratique professionnelle et de l'évolution de l'état de santé du patient

2) RESUME

Premier jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00

Contenus :

9h00-9h30

- Restitution des grilles « Pré-formation » (**pré-test**) et tour de table
- Identification des points faibles et de leurs différentes causes :
 - professionnelles
 - institutionnelles
 - organisationnelles
 - personnelles
- Identification des mesures correctives
- Tour de table avec intervention de chaque participant

9h30-11h

- Reflux gastro-œsophagien
- Physiologie et physiopathologie et traitement
- Examens et relation avec les pathologies respiratoires de l'enfant
- La globalité de la prise en charge chez l'enfant présentant une pathologie respiratoire
- Bronchiolite du nourrisson et de l'enfant
- Organisation de la kiné respiratoire en cabinet, équipe, matériel, garde.

11h-12h30

- Évaluation de l'état général du nourrisson.
- Évaluation de l'encombrement des voies aériennes par les différents scores.
- Auscultation pulmonaire chez le nourrisson : support audio et utilisation du stéthoscope.
- Le point sur la recherche : La bronchiolite (consensus 2000 + Cochrane) et les bronchopathies du nourrisson.

13h30-15h

Prévention :

- Définition des différents types
- Déclinaison sur le thème des bronchiolites et asthme de l'enfant
- Le site de l'INPES

15h-17h

Approche multidisciplinaire et coordination des soins en pédiatrie respiratoire :

- Les réseaux
- Les différents acteurs intervenant et leurs rôles respectifs
- Les droits du patient (loi du 4 mars 2002)
- Les sociétés savantes en pédiatrie respiratoire
- Les autres outils de la coordination impliquant le kinésithérapeute : le BDK et la fiche de synthèse, les dossiers partagés

Objectifs

- Approfondir les connaissances en anatomo-pathologie respiratoire chez l'enfant
- Connaître les indications de la kinésithérapie respiratoire pédiatrique principalement des bronchopathies (notamment, bronchiolite, bronchite, asthme du nourrisson) ainsi que les pneumopathies.
- Avoir une connaissance approfondie de l'auscultation pulmonaire et des signes de détresse respiratoire chez l'enfant
- Evaluer la situation clinique du nourrisson et de l'enfant, et décider de la pertinence d'une prise en charge thérapeutique ou non
- Réaliser un bilan-diagnostic kinésithérapique et poser un diagnostic, sur une base clinique
- Etre en capacité de faire le diagnostic de l'encombrement des VAS et VAI
- Etre en capacité d'autoévaluer ses pratiques professionnelles

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00

Contenus :

9h-11h

- Point sur l'hygiène
- Evaluation clinique du patient et diagnostic MK, formalisation écrite
- Auscultation
- Les mouchages
- L'aspiration naso-pharyngée
- La toux provoquée
- L'augmentation du flux expiratoire

11h-12h30

- Table ronde sur les recommandations HAS (septembre 2000)- Les techniques de désencombrement des voies aériennes supérieures, pratique sur mannequin.
- Les techniques de désencombrement bronchique chez le nourrisson : manuelles et support instrumental.
- Les traitements médicamenteux, l'aérosolthérapie.

13h30-15h30

Education à la sante :

- Définition
- Objectifs et bénéfices attendus en kinésithérapie respiratoire chez l'enfant
- Le rôle pédagogique du professionnel de santé
- Compétences du professionnel de santé
- Le patient partenaire (l'enfant et les parents)
- Programme, stratégie, fiches pour l'entourage et l'enfant

15h30-17h

- Approche globale du patient
- Relation parents /enfant / thérapeute, éducation des parents, conseils d'hygiène.
- Gestes d'urgence



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation « pré formation » (**pré-test**)
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique de d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, élastiques, etc...).

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

- A parental history of asthma is a risk factor for wheezing and nonwheezing respiratory illnesses in infants younger than 18 months of age.
- Bosken CH, Hunt WC, Lambert WE, Samet JM. Am J Respir Crit Care Med. 2000 Jun; 161(6):1810-5
- American Academy of Pediatrics Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and management of bronchiolitis. Pediatrics 2006;118:1774-93.
- ANAES Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. Paris, France, 21 Septembre 2000. Arch Pediatr 2001 Jan; 8 Suppl 1:1s-196s.



DEVIENT



- Antonello M, Delplanque D – Comprendre la kinésithérapie respiratoire,
- Barthe J, « Désencombrement du nourrisson : La Bronchiolite, La Mucoviscidose ... » Kinésithérapie, MASSON, PARIS, Les cahiers n° 8-9-Aout Sept 2002, P. 50-2
- Bazin R , Labbé M H , Boucher Ch , Ménard C , Azizha G M , Gagnon J , Côté F , Les méthodes d'aspiration des sécrétions chez les enfants atteints de bronchiolite . Université Laval Québec . Juin 2007 . Rapport 11 . Collection les rapports du BTEC .
- Beydon Nicole , Pneumologie pédiatrique : guide pratique , Elsevier Masson 2011
- Bohe L, Ferrero ME, Cuestas E, Polliotto L, Genoff M. [Indications of conventional chest physiotherapy in acute bronchiolitis]. Medicina (B Aires) 2004; 64(3):198-200.
- Bronkinou Gajdos V, Beydon N, Bommenel L, Pellegrino B, de Pontual L, Bailleux S, et al. Inter-Observer Agreement Between Physicians, Nurses, and Respiratory Therapists for Respiratory Clinical Evaluation in Bronchiolitis. Pediatr Pulmonol 2009.
- Carvelli T , De Halleux V , Lombet J . Prise en charge de la bronchiolite aiguë du nourrisson . Rev Med Liège 2007 ; 62 : 5-6 : 293-298
- Chalumeau M, Foix-L'Helias L, Scheinmann P, Zuani P, Gendrel D, Ducou-le-Pointe H. Rib fractures after chest physiotherapy for bronchiolitis or pneumonia in infants. Pediatr Radiol 2002;32(9):644-7.
- Cincinnati Children's Hospital medical Center . Evidence based clinical practice for infant with bronchiolitis . Cincinnati (OH) : Cincinnati Children's Hospital medical Center ; 2001 Nov 28 ,9 p .
- Cincinnati Children's hospital medical center: Evidence-based clinical practice guideline for medical management of bronchiolitis in infants less than 1 year of age presenting with a first time episode .Cincinnati Children's hospital medical center, 2006 May. 13 p.
- Conférence de consensus : Recommandations sur les techniques non instrumentales de désencombrement bronchique . ANAES .Lyon . Décembre 1994 . www.anaes.fr
- Conway E, Schoettker PJ, Moore A, et al. Empowering respiratory therapists to take a more active role in delivering quality care for infants with bronchiolitis. Respir Care 2004;49:589-99.
- Dehan M , Micheli J L , Le poumon du nouveau-né . Progrès en pédiatrie 7 : périnatalogie, Edit. Doin Paris , 2000
- Demont B , Vinçon CI , Bailleux S , Cambas C H , Dehan M , Lacaze Masmonteil T , Chest physiotherapy using the expiratory flow increase procedure in ventilated newborns : a pilot study . Physiotherapy Volume 93 , issue 1 , March 2007 , Pages 12-16
- Dureau Guy . Guide pratique des infections respiratoires récidivantes chez l'enfant . Collections Médi-guides . MMI Editions .
- Dutau G Reste-t-il des indications pour la kinésithérapie respiratoire dans les
- EVENOU D, C FAUSSER 2017 SIGN. Bronchiolitis in Children: A National Clinical Guideline. 2006.
- Evenou D, S Sebban , Ch Fausser , D Girard . Evaluation de l'effet de la kinésithérapie respiratoire avec augmentation du flux expiratoire dans la prise en charge de la première bronchiolite du nourrisson en ville . Kinésither Rev 2017 ; 17 (187) : 3-8
- Evenou.D, Fausser C, Sebban S « Bronchiolite du nourrisson : Données actuelles – Recommandations » Kinésithérapie scientifique n°558, SPEK, Paris 2014,
- Fausser C. Sebban S. Evenou D. « Prise en compte des dimensions de la prise en charge kinésithérapique au sein de la nouvelle fiche d'examen du Réseau Bronchiolite Ile de France » Kinésithérapie scientifique n°538, SPEK, Paris 2012, pp 31-35, (Revue indexée dans Médiexpress, EMC, Rédatel, et la base Pascal de l'INIST).
- François Corrard et Al Food intake during the previous 24 h as a percentage of usual intake: a marker of hypoxia in infants with bronchiolitis: an observational, prospective, multicenter study BMC Pediatrics 2013, 13:6 doi : 10.1186/1471-2431-13-6

- Gajdos V, Katsahian S, Beydon N, et al. Effectiveness of chest physiotherapy in infants hospitalized with acute bronchiolitis : a multicenter, randomized, controlled trial. PLoS Med 2010;7: e100345.
- Gaultier C le poumon du nouveau né, Pédiatrie, DOUIN 2000, p 58
- Haute Autorité de Santé Evaluation et amélioration des pratiques – Pertinence du recours à l'hospitalisation pour bronchiolite (GHM04M18) 2013
- Ho Jen Chin & Quah Ban Seng Reliability and validity of the respiratory score in the assessment of acute bronchiolitis Department of Pediatrics School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Health Campus 16150 Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia
- JIKRI Intérêt des aspirations des voies aériennes : Recommandations. Journées Internationales en kinésithérapie respiratoire instrumentale – Lyon 16-17/11/2000
- José A. Castro-Rodriguez, Catharine J. Hodlberg, Anne L. Wright, and Ferando D. Martinez "A Clinical Index to Define Risk of Asthma in Young Children with Recurrent Wheezing", American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, Vol. 162, No. 4 (2000), pp. 1403-1406.
- Joud Ph, Desbois G, Brun O, Stamm D, Score d'évaluation de l'encombrement des voies aériennes (SEVA) dans le suivi clinique chez le nourrisson : à propos de 205 cas. Ann. De kinésithér. 1998 ; t. 25 ; n°3 : 125 -135 .
- Joud P*, M. Fetouh, D. Billet, B. Pierre, S. Bellaiche, H. Gauchez, H. Tilly,
- Joud P, Th Coppens, Newborn Upper airway obstruction ; European respiratory care congress Barcelona 201
- Joud Ph. Intérêt des pressions thoraciques manuelles dans le désencombrement bronchique 1991 Annales de kinésithérapie .
- Perotta C Ortiz Z Roque M - Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 to 24 months old . Cochrane database Syst Rev , 2005 , 2 , CDOO4873.
- Perrotta C, Ortiz Z, Roque M. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old. Cochrane Database Syst Rev 2007(1):CD004873.
- Joud Ph (comité d'organisation) .Conférence de consensus sur la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson . Paris . ANAES , 2001 .
- Postiaux G, Dubois R, Marchand E, et col - Chest Physiotherapy in infant bronchiolitis : a new approach . Proc.VITH International congress on pediatric pneumology Lisboa .Fe.2004 . (abstract) . Rev Mal respir , 2005 , 22 , 1S30-1S111.Kinésithér Rev , 2006 ,55 , 35-41.
- Postiaux G, Ladha K, Gillard C et col.la kinésithérapie respiratoire du petit enfant (< 24 mois) guidée par l'auscultation pulmonaire .rev Fr Allergol, 1997 , 37, 206-222.
- Postiaux G, Louis J, Labasse HC, et al. Evaluation of an alternative chest physiotherapy method in infants with RSV bronchiolitis. Respir Care 2011;56: 989-94.
- Postiaux G, Zwaenepoel B, Louis J. Chest physical therapy in acute viral bronchiolitis: an updated review. Respir Care 2013; 58:1541-5.
- Postiaux G. La Cochrane Review : ce qu'elle a dit, n'a pas dit, dira/ne dira pas à propos de la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson. Kinésithér Rev 2013; 13:52-5.
- Postiaux Guy . Kinésithérapie respiratoire de l'enfant : les techniques de soins guidées par l'auscultation pulmonaire .Bruxelles 2^{ème} édition . DeBoeck Université , 2000.
- Recommandations : Conférence de consensus sur la kinésithérapie respiratoire. Lyon 2 et 3 décembre 1994.Kinésithér Scient 1995; 344: 45-54.
- Reychler G, Roeseler J, Delguste P . Kinésithérapie Respiratoire . Edition Elsevier .

- Rochat I, Leis P, Bouchardy M, et al. Chest physiotherapy in bronchiolitis: a randomised trial assessing passive expiratory manoeuvres. Paediatr Respir Rev 2010;11 (Suppl 1526):85-6. and : Rochat I, Leis P, Bouchardy M, et al. Chest physiotherapy using passive expiratory techniques does not reduce bronchiolitis severity: a randomised controlled trial. Eur J Pediatr 2012;171:457-62.
- Roqué i Figuls and co . Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months old (Review) . Copyright , 2017 The Cochrane Collaboration . Published by John Wiley and Sons , Ltd
- Roqué i Figuls M, Giné-Garriga M, Granados Rugeles C, et al. Chest physiotherapy for acute bronchiolitis in paediatric patients between 0 and 24 months. Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD004873.
- Marqueta S, P. Naguet, G. Postiaux . Bronchiolite du nourrisson : La kinésithérapie est-elle toujours la pierre angulaire du traitement ? Archive de Pédiatrie 2014 ; 21 : 228 -229 .
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Bronchiolitis in children. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines, 2006 nov. 46 p.
- Stagnara J , Balagny E , Cossalter B , Dommergues JP , Dournel C , Drahi E , et al . Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson . Recommandations .Texte long . Arch.Pediatr 2001 Jan ; 8 Suppl 1 : 11S-23S . www.anaes.fr
- Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics 2006 October 1, 2006; 118(4):1774-93.
- Systematic Review of the Biology and Medical Management of Respiratory Syncytial Virus Infection Craig Patrick Black PhD RRT-NPS, Respiratory Care, March 2003, Vol 48 N°3
- Tournier G , sardet-Frismand A , Baculard A . Pneumologie pédiatrique : Abrégés . Masson
- Verstraete, P et al Prise en charge de la bronchiolite aigüe du nourrisson de moins de 1an: actualisation et consensus médical au sein des hôpitaux universitaires du Grand Ouest (HUGO) Archives de Pédiatrie 2014;21 : 53-62
Vincon C, Fausser C, « Kinésithérapie respiratoire » Kinésithérapie Scientifique SPEK 2004 n° 441 Fév 2004
- Zhang L, Mendoza-Sassi RA, Wainwright C, et al. Nebulised hypertonic saline solution for acute bronchiolitis in infants. Cochrane Database Syst Rev 2011;7:CD006458.

E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante

BRONCHIOLITE N°2

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

	OUI	NON	NC
01 - La prescription médicale est le document indispensable à la prise d'informations avant la séance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - L'obstruction bronchique est objectivée par la présence de sibilants à l'auscultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Chez le nouveau-né et le nourrisson la cyanose est observable sur le lobe et/ou sur le tragus de l'oreille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - La dyspnée est une gêne à la ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Le balancement thoraco abdominal est une ventilation alternée soit abdominale soit thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
06 - La limite basse de la saturation en oxygène pour laquelle un recours médical doit être envisagé est inférieur à 97%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Une séance de kinésithérapie respiratoire pédiatrique peut être effectuée 1 heure après une prise alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Les axes dynamiques des appuis manuels (Thoracique et Abdominal) lors de la réalisation de l'AFE sont obliques à 60° se rejoignant en T7/T8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Le test de pré-contrainte sert à vérifier l'intégrité de la cage thoracique et du caisson abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Pour la pratique de l'AFE vous positionnez le nourrisson assis sur la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
11 - La respiration nasale du nourrisson est essentiellement nasale jusqu'à environ 24 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Le grade attribué à la Conférence de consensus Bronchiolite de septembre 2000 est B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Le VRS est contagieux sur les surfaces de 30 minutes à 1 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 - Lors de la réalisation du geste d'AFE, votre critère d'efficacité de mobilisation des sécrétions est objectivé par l'apparition d'une majoration sonore grasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Le tirage intercostal est une contre indication à la kinésithérapie respiratoire pédiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	NC
16 - La toux du nourrisson est peu efficace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Les volumes actifs mobilisés par le nourrisson sont importants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Le collapsus bronchique se traduit par un cri du nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Existe-il une recommandation relative à l'aspiration des voies aériennes supérieures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Une ration alimentaire diminuée de 20% dans les 24 heures précédant la séance de kinésithérapie doit vous alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>